|  |
| --- |
| ** Stellungnahme der Beratungsstelle** |
| **Gewährung einer Eingliederungshilfe im Allgemeinen Kindergarten**  **nach §** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse** | **Begutachtende Beratungsstelle** |
| **Aktenzeichen** | Name der Beratungsstelle, Adresse, Telefon, Mail |
| **ggf. Aktenzeichen:** | Name, Vorname der Lehrkraft |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kind** | | |
| Name | Vorname männl.  weibl. | |
| Geburtsdatum, Geburtsort | Konfession | Staatsangehörigkeit |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Erziehungsberechtigte** | | |
| Name | | Vorname |
| Telefon Festnetz | Handy | Mail |
| Straße | PLZ Wohnort | |
|  | | |
| Name | | Vorname |
| Telefon Festnetz | Handy | Mail |
| Straße | PLZ Wohnort | |

|  |  |
| --- | --- |
| Ggf. Ansprechpartner / Ansprechpartnerin der Sozial- bzw. Jugendbehörde (Name, Vorname) | |
| Telefon | Mail |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur besuchten Einrichtung** | | |
| Name, Adresse, Telefon, Mail | | |
| Zuständige Erzieherin | Gruppe | Eintritt in die Einrichtung |

|  |
| --- |
| 1. **ggf. vorhandene Diagnose** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Ergebnisse zu Körperlicher Eindruck**   **Aktivität und Teilhabe**  **Kontextfaktoren** |

|  |
| --- |
| 2.1 Körperlicher Eindruck   * kognitive Entwicklung, Aufmerksamkeit, Emotionale Befindlichkeit, Motorik, ... * ggf. Auge, Ohr, Stimme, Sprechen, ... * ggf. Medikation |
|  |

|  |
| --- |
| * 1. Aktivität und Teilhabe * Lern- und Spielverhalten (Freispiel, Stuhlkreis, angeleitete Gruppenaktivitäten) * Kommunikationsverhalten (verbal/ nonverbal) * Selbstständigkeit (Beanspruchung der ErzieherInnen/ Selbst- und Fremdgefährdung) * Interaktionen und Beziehungen (Kontaktaufnahme, wo befindet sich das Kind in der Gruppe?) |
|  |

|  |
| --- |
| * 1. Kontextfaktoren |
| **Kindergarten/ Kindergartenumgebung**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Gruppengröße | Altersmischung | Betreuungszeiten | Personalschlüssel | | aktuelle Anwesenheit des Kindes: | | | | | Konzept und Tagesablauf | | | | | Zusätzliche Informationen | | | | |
| **Frühförderung/ bisherige Therapien** |

|  |
| --- |
| **3. Empfehlung der Gutachterin / des Gutachters zu Art und Umfang der Hilfe** |
| Ziel ist es, allen Kindern mit Behinderung und von Behinderung bedroht, durch individuelle Angebote ein Höchstmaß an Aktivität und Teilhabe zu sichern. |
| **Nein,** es besteht kein zusätzlicher individueller Förderbedarf.  **Nein,** es besteht zwar ein zusätzlicher individueller Förderbedarf, dieser kann jedoch mit den vorhandenen Ressourcen erfüllt werden.  **Ja,** es besteht ein zusätzlicher individueller Förderbedarf, der von der Einrichtung nur mit Leistungen für  Pädagogische Hilfen in folgendem Umfang:  Begleitende Hilfen in folgendem Umfang:  Gleichzeitig Pädagogische und Begleitende Hilfen in folgendem Umfang:  erfüllt werden kann. |

|  |
| --- |
| **4. Verantwortung für die Stellungnahme** |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | Beratungsstelle der Gutachterin / des Gutachters |  | Ort, Datum |  | Unterschrift der Gutachterin / des Gutachters | |